



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS - CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DSS**

**ALESSANDRO DE OLIVEIRA SANT'ANA
ROBERIO SANTANA FIGUEIREDO**

**REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E AS DIFICULDADES ENFRENTADAS
PELOS FAMILIARES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL**

**SÃO CRISTÓVÃO / SE
2017/ 1**

**ALESSANDRO DE OLIVEIRA SANT'ANA
ROBERIO SANTANA FIGUEIREDO**

**REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E AS DIFICULDADES ENFRENTADAS
PELOS FAMILIARES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
Federal de Sergipe, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Josiane Soares Santos

**SÃO CRISTÓVÃO / SE
2017/ 1**

**ROBERIO SANTANA FIGUEIREDO
ALESSANDRO DE OLIVEIRA SANT'ANA**

**REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E AS DIFICULDADES ENFRENTADAS
PELOS FAMILIARES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
Federal de Sergipe, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Josiane Soares Santos

Aprovado em São Cristóvão, 26 de outubro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Josiane Soares Santos
Departamento de Serviço Social/Universidade Federal de Sergipe
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Rosangela Marques dos Santos / Professora
Departamento de Serviço Social/Universidade Federal de Sergipe
Examinadora

Prof.^a Dr.^a Noêmia Lima Silva / Professora
Departamento de Serviço Social/Universidade Federal de Sergipe
Examinadora

Dedicamos este estudo a tod@s pessoas com transtorno mental, aos familiares e a todos os profissionais de saúde que lutam por melhores condições de vida e cuidados a essas pessoas que sofrem com o estigma social e que carecem de cuidados da sociedade em geral. Enfim, a todas as pessoas envolvidas no processo de Reforma Psiquiátrica que lutam pela dignidade e resgate de sua cidadania.

Robério Figueiredo e Alessandro de Oliveira

AGRADECIMENTOS

A Deus acima de tudo, que nos permitiu chegar até aqui sempre acreditando na realização deste sonho e aos meus professores, em especial àquelas que estiveram comigo até este exato momento: JOSI SANTOS por nos orientar, ROSANGELA MARQUES e NOEMIA LIMA, que desde os primeiros passos na Universidade acreditaram e contribuíram para este momento de realização pessoal.

Ao meu querido amigo Robério, com quem divido este trabalho, que apesar das nossas limitações, tivemos e mantivemos o bom diálogo para construirmos este trabalho.

À minha família, aos meus pais (*in memoriam*), meus irmãos que sempre me incentivaram, cada um na sua particularidade e singularidade com palavras entusiasmadoras, inclusive ao meu companheiro de todas horas JOSIMAR ALVES DIAS, que me deu suporte nas horas em que precisei de um ombro amigo e apoio psicológico nos momentos de ansiedade.

Enfim, a todos ao meu redor que, direta ou indiretamente, ajudaram na construção do “saber”, porque o aprendizado só é permitido no dia a dia na relação com nosso meio e a troca de conhecimento nos permitindo a evolução da espécie humana.

Ao Departamento de Serviço Social que sempre nos acolheu com muito profissionalismo e contribuiu dentro das suas atribuições para nossa formação e realização profissional, meu muito OBRIGADO!

Alessandro de Oliveira

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida, por ter me dado força para lidar com os desafios durante essa jornada, superando as dificuldades, por ser meu refúgio nos momentos difíceis e tornando realidade essa conquista. Obrigado Senhor!

A minha família, meus pais Erundina Santana Castro, Antônio Oliveira Figueiredo (*in memoriam*), pessoas de exemplo de coragem e perseverança, pelo amor, pelo carinho, pelas preocupações, pelas orações, pela dedicação em me educar e apoio para alcançar meus objetivos.

Aos meus irmãos, em especial a meu irmão gêmeo Rogerio Figueiredo, por sempre se preocupar se tudo estava ocorrendo bem comigo, pelo carinho e pela boa relação que nós temos. Obrigado, meu querido! Você faz toda diferença na minha vida. Te adoro.

Ao meu sobrinho Vitor, pelo carinho, apoio e por ser um jovem de luz na nossa família. A meu cunhado Edinaldo, pela confiança e palavras de incentivo.

A meu amigo Alessandro, com quem divido este trabalho, pelo carinho, pela troca de experiência, pelas dificuldades superadas neste trabalho e pela parceria no TCC. A você, amigo, muito obrigado!

Aos professores do Departamento de Serviço Social da UFS, em especial a Josiane, pelo comprometimento, pela sua paciência, atenção, pelas palavras de incentivo e pelas orientações que enriqueceram o nosso trabalho. As professoras Rosângela Marques e Noêmia Silva, pela rica contribuição para o nosso estudo. Foi uma honra tê-las na nossa banca examinadora. Obrigado por tudo.

Enfim, a todos que contribuíram com essa conquista, meus sinceros agradecimentos.

Robério Figueiredo

Não há louco que não seja lúcido e nem lúcido que não seja louco.

Augusto Cury

REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS FAMILIARES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

RESUMO

Este estudo teve como objeto as dificuldades da participação da família no tratamento de usuários dos serviços de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, cuja coleta de dados, realizou-se a partir de levantamentos de materiais já publicados como artigos, dissertações, teses, livros e outros tipos de publicações pelo Scielo e Google. Seu objetivo foi sinalizar as dificuldades vivenciadas por estas famílias e suas expressões descritas na literatura encontrada a respeito. Puderam ser identificados vários os tipos de obstáculos enfrentados pelos familiares no que diz respeito aos cuidados com as pessoas com transtorno mental: o descompasso entre o ritmo de vida do paciente e o da família/sociedade; conflitos no interior do espaço familiar; culpa/impedimento de aceitação da doença; objeção em lidar com o real e o desejo de não viver a situação; falta de manejo em lidar a sintomatologia decorrente do transtorno mental; preconceito com a problemática da “loucura” na sociedade e os contratempos com o serviço de saúde. Conclui-se que apesar desses entraves que as famílias enfrentam com o sofrimento mental no seu contexto, a mesma é um suporte importante no cuidado com a saúde dessas pessoas e inclusão no convívio social.

Palavras-chave: Transtorno Mental. Reforma Psiquiátrica. Família.

PSYCHIATRIC REFORM IN BRAZIL AND THE DIFFICULTIES COVERED BY FAMILIES OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

ABSTRACT

This study had as object the difficulties of the family participation in the treatment of users of the services of Psychosocial Care Centers in Brazil. It is a bibliographical research, whose data collection was done from surveys of materials already published as articles, dissertations, theses, books and other types of publications by Scielo and Google. Its objective was to signal the difficulties experienced by these families and their expressions described in the literature found about them. Several types of difficulties faced by family members with regard to care of the mentally ill person could be identified: the gap between the rhythm of life of the patient and that of the family / society; conflicts within the family; guilt / acceptance difficulties of the disease; difficulty in dealing with the real and the desire not to live the situation; lack of management in dealing with the symptomatology resulting from the mental disorder; prejudice with the problem of the "madness" existing in society and difficulties with the Health Service. It is concluded that despite all these difficulties that families face with mental suffering in their context, it is a very important support in the care of these people's health and inclusion in social life.

Keywords: Mental Disorder. Psychiatric Reform. Family.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I Concepção e organização dos serviços de tratamento dos Transtornos Mentais na Política de Saúde do Brasil.....	14
1.1 A família como recurso terapêutico a partir da Reforma Psiquiátrica.....	21
CAPÍTULO II Principais dificuldades enfrentadas pelas famílias de Pessoas com Transtorno Mental.....	26
2.1 O descompasso entre o ritmo de vida do paciente e o da família/sociedade..	26
2.2 Conflitos no interior do espaço familiar.....	28
2.3 Culpa/dificuldades de aceitação da doença.....	29
2.4 Dificuldade em lidar com o real e o desejo de não viver a situação.....	30
2.5 Falta de manejo em lidar com a sintomatologia decorrente do seu transtorno mental.....	31
2.6 Preconceito com a problemática da “loucura” existente na sociedade.....	33
2.7 Dificuldades com o Serviço de Saúde.....	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	38

INTRODUÇÃO

Este trabalho consiste num estudo sobre as dificuldades enfrentadas pelas famílias de pessoas com transtorno mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica, que traz novas formas de atuar frente aos problemas decorrentes da doença mental, presentes no cotidiano das famílias e daqueles envolvidos no processo de cuidados à Saúde Mental. A história da inserção da família nesse processo, a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil, evidencia o ambiente familiar como um dos mecanismos para a assistência ao tratamento em um olhar integrado socialmente.

No Brasil, a partir da década de 1970, surgiu o movimento de Reforma Psiquiátrica, de caráter político, social, econômico e cultural, cujo objetivo era a desospitalização. A Reforma Psiquiátrica apresenta, em seu bojo, a ideia de não somente retirar as pessoas com transtornos mentais dos manicômios, mas possibilitar que as mesmas sejam ativas em tratamento e também oferecer, nesse contexto, uma estrutura necessária às iniciativas sociais para o convívio social. (SILVA, 2008). Um dos objetivos da Reforma Psiquiátrica foi trazer a pessoa com transtorno mental para o contexto familiar, a fim de proporcionar-lhe sua reintegração, recuperação e reinserção na sociedade.

Após muitos anos de luta, finalmente foi aprovada a Lei nº 10.216/ 2001, considerada pelo movimento da reforma como uma lei progressista. A aprovação de tal lei representou um passo à frente, que se constituiu como uma referência na reconstrução sistemática que regulamenta a assistência psiquiátrica no país pelo Ministério da saúde, a partir da década de 1990.

Conforme o documento da referida Lei, a mesma dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. No parágrafo único, são elencados tais direitos a serem assegurados à pessoa portadora de transtorno mental, a saber:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

O tema escolhido apresenta-se como uma forma de maior esclarecimento quanto às observações efetuadas no estágio, para tentar entender as dificuldades da participação da família no tratamento de usuários dos serviços de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil. A família ainda é considerada um suporte importante, é o principal ponto de referência de cuidado para essas pessoas. Espera-se que este trabalho possa servir de contribuição a assistentes sociais e outros profissionais da saúde mental no que diz respeito a compreender as dificuldades enfrentadas pelas famílias, buscando além do usuário, isto é, aqueles que convivem com ele, na perspectiva de fortalecer a assistência adequada, com a finalidade de ressocializar o doente e também de evidenciar o apoio adequado para este e para a família. Dito isso, a pesquisa se mostra relevante, uma vez que irá fortalecer elementos para um melhor entendimento e reflexão sobre a relação entre o indivíduo com transtorno mental e as dificuldades enfrentadas pelas famílias.

Nesse sentido, o estudo se propôs a investigar a seguinte questão: quais as dificuldades da participação da família no tratamento de usuários dos serviços de Centros de Atenção Psicossocial no Brasil? Logo, o objetivo geral foi identificar, na literatura da área, tais dificuldades. Como objetivos específicos, traçamos os seguintes: contextualizar as formas contemporâneas de tratamento dos transtornos mentais na política de saúde do Brasil; conceituar a família como suporte de recuperação e inserção das pessoas com transtornos mentais na sociedade a partir da Reforma Psiquiátrica; e conhecer as principais dificuldades enfrentadas pelos familiares de acordo com as pesquisas selecionadas sobre o tema.

Este trabalho se caracteriza como uma pesquisa exploratória porque visa a buscar mais informações sobre o tema escolhido, assim tornando-o o mais claro possível. Segundo Gil (2006, p.41).

As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descobertas de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos para coleta de dados, utilizamos a pesquisa bibliográfica. Segundo Gil (2010), a pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir uma temática desenvolvida com base em referências teóricas já elaboradas, em livros, revistas, jornais, dissertações, teses e conhecimentos científicos sobre determinado assunto. Esse tipo de pesquisa tem como finalidade permitir ao pesquisador um contato direto com o que foi dito e escrito por outros autores sobre determinado tema (GIL, 2010).

A coleta de dados foi realizada por meio de sites de publicações científicas informatizadas (textos na íntegra disponíveis na internet). As buscas nas bases de dados, como Scielo e Google, tiveram como critério as palavras-chave que são categorias centrais do estudo em questão, no caso, as dificuldades de familiares no tratamento de pessoas com transtorno mental.

Este trabalho se divide em dois capítulos, além de contar com esta introdução e as considerações finais. No capítulo primeiro, versamos sobre “Concepção e organização dos serviços de tratamento dos transtornos mentais na Política de Saúde do Brasil”. Tratamos de resgatar brevemente o processo histórico da Política de Saúde Mental brasileira, com foco nos elementos que levaram à Reforma Psiquiátrica. Também nele, discutimos sobre a família como um recurso terapêutico importante no tratamento do usuário de transtorno mental, a partir dessa nova concepção vigente nos serviços. No segundo capítulo, abordamos sobre as “Principais dificuldades enfrentadas pelas famílias de pessoas com Transtorno Mental”, organizadas pelo processo de categorização dos textos pesquisados e as suas tendências.

E por fim, esta pesquisa, indica que a ausência familiar é um dos fatores que interferem de forma negativa no processo de recuperação e ressocialização dos usuários com transtorno mental. Ou seja, diminui a evolução do tratamento e, conseqüentemente, a autoestima do indivíduo com transtorno mental, o que acaba provocando nele o desinteresse pelo tratamento e dificultando o processo de desinstitucionalização e inclusão social. Outro fator a ser considerado é que a redução das políticas públicas ligadas às áreas de saúde e assistência social reflete também negativamente no processo de desinstitucionalização do usuários de transtorno mental dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil.

CAPÍTULO I

Concepção e organização dos serviços de tratamento dos transtornos mentais na Política de Saúde do Brasil

O processo de luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil se inicia nos anos 1970 e tem uma história registrada no contexto internacional de mudanças pela superação da violência dos manicômios, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e no desenvolvimento dos movimentos sociais pelos direitos das pessoas com transtornos mentais. O processo de reforma psiquiátrica excede o conjunto de mudanças tanto nas políticas dos governos, quanto nos serviços de saúde; também, tal processo excede a aprovação de leis e normas (BRASIL, 2005).

No final da década de 1970, a Reforma Psiquiátrica, que já vinha sendo apoiada pelo Movimento Sanitarista, começa a ser ministrada por meio de um processo político e social complexo que envolve vários atores, e numa relação que promove o crescimento de militantes do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e das Associações de Familiares de pessoas com transtornos mentais no país (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, Brasil (2005, p.06) aponta:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Para tratar do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, parte-se do pressuposto de que a forma de tratamento da loucura historicamente dominante era manutenção do paciente, enclausurado, nos asilos, em que o mesmo, frequentemente era “esquecido”, excluído, afastado da família. O paciente psiquiátrico em geral vivia à margem da sociedade, maltratado, encarcerado, violentado. Quando ocorriam as primeiras crises ou surtos psicóticos, eram levados para os manicômios e ficavam presos por muitos anos, inclusive, muitos morriam na própria instituição asilar (PIMENTA, 2008).

Para Pimenta (2008, p.55),

O louco era distanciado da família como uma proposta terapêutica: isolamento terapêutico. Para justificar tal procedimento, defende-se que a família estaria sob ameaça de alienação e que, por isso, necessitaria ser protegida. Pois o louco era encarado como uma figura perigosa para a estrutura familiar, supondo-se que poderia subverter os membros mais frágeis, tornando-se um modelo exemplar negativo, ao ser imitado.

A autora afirma que “o louco considerado como detentor de um caráter indisciplinado (reforçado pela família), ficando isolado no manicômio, seria reeducado por uma nova disciplina que controlaria seus impulsos” (PIMENTA, 2008, p.55).

Naquele momento histórico, o papel da família restringia-se a: identificar a doença e encaminhar para a instituição asilar, que fornecia informações importantes; em algumas situações, visitá-lo e aguardar sua recuperação que, na maioria das vezes, não ocorria e, com isso, a pessoa com transtorno mental em geral não mais voltava para o convívio com sua família, e acabava falecendo no próprio asilo, quando não, era por ela rejeitado. A convivência da família com a pessoa com transtorno mental habitualmente ocorria, portanto, pela mediação dos médicos, das agências Estatais, que eram concebidos como os responsáveis pela cura, pela custódia e pela assistência. (PIMENTA, 2008).

Nos anos de 1970, no contexto da luta contra o Estado autoritário, apareceram várias denúncias de maus-tratos, violência e abandono para com os doentes internados nos grandes hospitais psiquiátricos do país, além de fraudes no sistema de financiamento dos serviços. As críticas à ineficiência da saúde pública e privada que apareceram na política do governo central, para Tenório (2002, p.35) passam

[...] a enfatizar que a própria natureza do saber, das práticas e das instituições psiquiátricas deve ser questionada na perspectiva da cidadania do louco, e a escolha da expressão manicômio, tradicionalmente reservada ao manicômio judiciário, aponta, segundo Amarante (op. cit., p. 100), para o fato de que “não existe diferença entre ele ou um hospital psiquiátrico qualquer.

Segundo Tenório (2002, p.32),

A crítica teórica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas constituíram o que veio a se chamar de movimento da reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde. Apostava-se que o

aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico.

Assim, a partir dos movimentos da psiquiatria comunitária e preventiva e das comunidades terapêuticas, como parte da luta mais ampla pela redemocratização do país, foi gestado o processo da Reforma Psiquiátrica.

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, apud TENÓRIO, 2002, p.27).

Em 1978, a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com suas reivindicações trabalhistas e humanitárias, alcançou grandes resultados que fizeram avançar na luta antimanicomial (TENÓRIO, 2002).

No Brasil, em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que incorporou os princípios ideológicos defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária, dentre esses, o novo conceito de saúde, como direito de todos e dever do Estado e a criação do SUS. Assim, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) ocorreu em 1987. Essa reunião seguiu os pressupostos da VIII CNS, caracterizando-se pelo confronto político com diversos atores na prestação dos serviços às pessoas com transtornos mentais, e pela reivindicação de investimento prioritário nos serviços dos hospitais e profissionais.

O II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 1987 conhecido como “Congresso de Bauru”, buscou debater sobre estratégias de luta, e, com isso, surgiu o Movimento Nacional de luta Antimanicomial. A promulgação da Constituição Federal (CF) em 1988, incorpora parte das reivindicações do Movimento Sanitário, que afirma seu caráter universal, a saúde como um direito de todos e dever do Estado. A apresentação do projeto de Reforma Psiquiátrica (Projeto de Lei nº 3.657/89) do Deputado Paulo Delgado, em 1989, propôs a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras formas de assistência (VIEIRA, 2009).

A ação na cultura passa a ocupar um lugar estratégico no agora denominado Movimento da Luta Antimanicomial: trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura. A participação dos agora chamados usuários dos serviços de saúde mental (em lugar de “pacientes”) e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica marcante do processo. [...] Ainda na perspectiva da ampliação do escopo do movimento, é instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, visando a potencializar o poder de aglutinação de maiores parcelas da sociedade em torno da causa. Finalmente, a própria questão das estruturas de cuidado ganha outra abordagem: não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária o “territorial” esta é a tarefa da reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2002, p.35).

Com a luta pela desinstitucionalização, instaura-se um marco – “por uma sociedade sem manicômios” – e, a partir dele, são consideradas novas formas de tratamento aos usuários de serviços de saúde mental, envolvendo os profissionais e as famílias na relação direta com os cuidadores (TENÓRIO, 2002).

Com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS em 1988, os movimentos sociais se fortalecem na luta por uma sociedade sem manicômios. Foi aprovado no ano de 1992, em alguns Estados, o projeto para substituição progressiva de leitos psiquiátricos, e uma rede de assistência à saúde (BRASIL, 2005). Com a Conferência de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, esses movimentos ganharam um novo espaço com a aprovação das primeiras leis federais que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária.

Após muitos anos de luta, finalmente foi aprovada a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, considerada pelo movimento da reforma uma lei progressista, um passo à frente, uma referência na reconstrução sistemática que regulamenta a assistência psiquiátrica no país pelo Ministério da saúde, a partir da década de 1990.

Com a Lei nº 10.216 e a III Conferência Nacional de Saúde Mental, associadas às políticas de saúde do Governo Federal, estabeleceram-se as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a qual alcançou linhas específicas de financiamentos e programas de assistência direcionados às pessoas com transtornos mentais com histórico de internação. A referida lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, direitos esses que lhes assegurem o acesso ao melhor tratamento da atenção à saúde, de modo que os mesmos possam ser tratados com dignidade e respeito. A lei também elenca o direito à inserção na família, na comunidade e no mercado de trabalho, que tem o dever de protegê-los contra qualquer forma

de preconceito, abuso e exploração; e ao tratamento e à assistência, de preferência, nos serviços comunitários de saúde mental.

Exemplo disso é o Programa de Volta Para Casa¹, conforme a Lei nº 10.708 de 31 de junho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de longas internações (BRASIL, 2005).

O objetivo do Programa de Volta Para Casa é contribuir para o processo de inclusão social das pessoas que passaram muitos anos de internação em hospitais psiquiátricos, através do benefício auxílio-reabilitação. Para obter o referido auxílio, o sujeito deve ser egresso de Hospital Psiquiátrico ou Hospital de Custódia.

As Residências terapêuticas também têm um papel fundamental na luta antimanicomial, ou seja, por uma sociedade sem manicômios. Essas residências prestam serviços públicos que oferecem assistência e evoluem na ótica da desinstitucionalização.

O processo de implantação e expansão destes serviços é recente no Brasil. Nos últimos anos, o complexo esforço de implantação das residências e de outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território. De fato, é fundamental a condução de um processo responsável de trabalho terapêutico com as pessoas que estão saindo do hospital psiquiátrico, o respeito por cada caso, e ao ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. Desta forma, a expansão destes serviços, embora permanente, tem ritmo próprio e acompanha, de forma geral, o processo de desativação de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2005, p.15-16).

Segundo Pimenta (2008, p. 41),

Com a desconstrução do modelo asilar, foi necessário a criação de uma rede de centros com uma nova proposta de desinstitucionalização para as pessoas com doença mental, específico na sua assistência nos cuidados do paciente de acordo com a seu tipo e faixa etária. Dentre eles o NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial), o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CAPS ad: Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas, CAPS i- (Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência), CRAISA:

¹ O Programa de Volta para Casa é um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. Trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios. Criado pela Lei Federal 10.708, encaminhada pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva ao Congresso, votada e sancionada em 2003, o Programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992 (BRASIL, 2005, p.17).

Centro de Referência de Atenção Integral a Saúde do Adolescente e equipe Matricial,
NOT: Núcleo de Oficinas de Trabalho.

Com a desinstitucionalização, os usuários passam a contar com uma rede de assistência através dos CAPS, na perspectiva de receber um tratamento integrado com outros serviços de saúde, diferentemente do tratamento recebido nos manicômios. Os CAPS são serviços de atenção diária aos usuários de transtornos mentais, criados para substituir as internações dos hospitais psiquiátricos. Os NAPS² têm função similar e foram criados em 1996, pelo Ministério da Saúde como referência para o tratamento de transtorno mental nos municípios.

Esses locais oferecem atividades terapêuticas diversificadas acompanhadas por uma equipe multiprofissional atuando durante o dia e a noite no propósito de cuidados permanentes. Essa equipe busca disponibilizar ao usuário a maior heterogeneidade possível tanto em termos de pessoas/profissionais com quem ele consiga se relacionar, quanto em relação às atividades em que possa se enquadrar (TENÓRIO, 2002). Segundo Nogueira (apud SOUZA, 2007, p. 25),

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil foi fundado em 1987, em São Paulo e através da portaria 224 de 29 de fevereiro de 1992. Desde então, o ministério da saúde passou a orientar a criação de serviços extra-hospitalares como forma de reduzir o número de internações. Eles recebem pessoas com transtornos mentais severos, como as que já tiveram passagem por hospitais psiquiátricos, assim como pessoas com transtornos mais leves. Cada paciente tem o seu projeto terapêutico individual e pode ajudar a decidir o que será melhor para ele.

Essas práticas estão regulamentadas pela Portaria nº. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, integrante da rede SUS (BRASIL, 2002). As atividades desenvolvidas pelos NAPS são parecidas com as dos CAPS, dentre elas são:

Lazer, educação, passeios, atividades físicas e integração com seus familiares. Nos CAPS as atividades estão mais relacionadas às famílias e à comunidade, oferecendo várias oficinas terapêuticas com suas especificidades que podem ser realizadas dentro ou fora da instituição. À pessoa com transtorno mental quando é atendida pelo CAPS logo são oferecidos diversos recursos terapêuticos sejam eles voltados para o usuário ou para o familiar e a comunidade com o objetivo da reabilitação psicossocial

² O NAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

envolvendo a comunidade no processo de ressocialização seja pela via da instituição, do trabalho ou relação social (PIMENTA, 2008, p. 41).

De acordo com Souza (2007, p. 25)

Os CAPS foram implantados para chegar aos objetivos da reforma psiquiátrica tendo função estratégica na organização dos serviços de saúde mental. De acordo com (Brasil 2002) a rede de CAPS é implementada segundo a ordem crescente de porte complexidade e abrangência populacional do município. Em 2002 foi estabelecido através da portaria nº336/ GM os tipos de CAPS, sendo eles classificados em CAPS I, II, OU Álcool e drogas (CAPS AD) e Infante Juvenil(CAPSi).

Atualmente, os serviços de atenção às pessoas com deficiência mental, em um determinado espaço territorial, vêm com agindo com o intuito de cuidar, tratar e reabilitar os usuários do serviço público de saúde, a fim de reintegrá-los ao convívio social, para reparar a cidadania perdida, que promove também a integração na família (PIMENTA, 2008).

Esse novo modelo de assistência na psiquiatria rompe com os paradigmas do sistema asilar, das internações em manicômios, do distanciamento dos profissionais em relação aos usuários. Isto é, busca-se a desconstrução do modelo manicomial, que era tido como único tratamento à pessoa com transtorno mental, e, assim, coloca-se em discussão, no âmbito da saúde mental, a integração desses usuários no convívio social (ZANETTI, 2006).

Nos dias atuais, vê-se uma nova configuração no tratamento dado às pessoas com transtornos mentais e nas maneiras através das quais são conduzidas as terapias, visando-se relativamente a necessidade de cada usuário sempre que este procura o serviço de saúde. Segundo Yasui (2006 apud ZANETTI, 2006, p. 7-8)

Ao construir os novos serviços, as instituições não são mais unidades de produção de procedimentos médicos ou psicológicos, mas locais de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas e livres, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social. Lugares para articular o particular, o singular do mundo de cada usuário, com a multiplicidade, com a diversidade de possibilidades de invenções terapêuticas. E isso implica em desenvolver a cada demanda que se apresenta, a cada usuário que recorre ao serviço, uma complexidade de estratégias que contemplem distintas dimensões do existir.

1.1 A família como recurso terapêutico a partir da Reforma Psiquiátrica

A história da inserção da família no processo de cuidados às pessoas com transtorno mental, a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil, evidencia o ambiente familiar como um dos mecanismos para a assistência ao tratamento num olhar não mais individualizado e sim integral. Com o rompimento do modelo asilar manicomial, supera-se a perspectiva cujo foco era a doença e não o indivíduo com transtorno mental, ao qual era dado o isolamento como forma de afastamento da família e do convívio social. Isto é, na ótica da pós-reforma, o paciente é visto como um ser social que vem de uma estrutura familiar, que está inserida na sociedade. Esta se relaciona com o seu meio, que leva em consideração seus valores culturais, pessoais e ambientais na tentativa da ressocialização e passa a ser também responsável pelo tratamento, constituindo-se parte integrante da atenção à saúde (LINO, 2006). A família é considerada, portanto, como um conjunto formado por valores, crenças, pensamentos e hábitos que orientam suas ações na promoção da saúde e zelo no tratamento da doença de seus membros e costuma ser considerada uma ferramenta importante na sociedade, como espaço de afeto, amor, cuidado e sentimentos.

A família moderna tem buscado respostas para diversas controvérsias, e, assim, tornou-se um objeto decisivo para o funcionamento social, com responsabilidade na educação, formação dos filhos e pela a felicidade das pessoas. Nesse caso, se a família é tão expressiva e responsável por tudo que sucede a seus filhos, também atua na inserção do indivíduo com transtorno mental no meio social (MELMAN, 2001 apud PIMENTA, 2008).

Segundo Severo (2007 apud GONÇALVES, 2010, p. 15),

[...] o cuidado familiar em relação ao portador de transtorno passa pela vivência do dia a dia, mas não é só isso pois a Reforma Psiquiátrica privilegiou a cidadania, o direito de ir e vir do sujeito. A reabilitação psicossocial e os serviços substitutivos são ferramentas imprescindíveis na concretização dos objetivos da Reforma, se tiver a participação afetiva e efetiva da família nesse processo, consequentemente ocorrerão mudanças na realidade concretas dos sujeitos.

Pimenta (2008) relata que nos dias atuais, depois das propostas de mudanças da Reforma Psiquiátrica, está em atividade uma rede ampla de serviços que substituiu o modelo asilar tradicional. No geral, essa rede se caracteriza pelo uso intensivo de um conjunto amplo e complexo de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais administradas para manter a pessoa na comunidade, e que traz o transtorno mental para o convívio familiar no cotidiano,

mesmo reconhecendo-se que essa seja uma existência carregada de sofrimentos, incertezas e dificuldades. Segundo o pensamento de Pimenta (2008, p. 56-57),

No início das manifestações que impulsionaram a Reforma Psiquiátrica, aconteceu uma ampliação significativa da função da família no que tange ao papel de co-participante do processo de tratar e reabilitar as pessoas mentalmente enfermas. Nesse sentido [...] salienta a ocorrência de uma mudança radical, a exclusão inicial da família no *setting* tradicional, e as propostas de inclusão e participação ativas reivindicadas pelos profissionais no modelo da Reforma Psiquiátrica. Esse movimento reivindica essas posturas como um processo a ser construído no cotidiano, visando melhorar a qualidade de vida de tantos dos usuários, e quanto de seus familiares [...] A Reforma Psiquiátrica tem como uma de suas vertentes trazer a loucura para o seio familiar, possibilitando que o usuário esteja reintegrado ao convívio social e que não esteja mais trancado nos manicômios. Desta forma, vemos que ocorre uma grande transformação. Se antes o louco era afastado da família por ser uma “ameaça”, agora é inserido nesse grupo a partir do qual pode receber subsídios para a vida em sociedade. Com esta mudança, surgem as dificuldades enfrentadas pelos familiares diante deste novo encargo: lidar com a loucura de forma tão próxima e ainda ser parte imprescindível para a reinserção social do portador de transtorno mental.

De acordo com Borba et al. (2011, p. 443), o papel da família no processo de ressocialização e inclusão na sociedade é importante na vida da pessoa com transtorno mental:

A família, portanto, deve ser considerada como ator social indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes. Exemplos de transformação no campo da saúde mental que tem exigido a inclusão da família no plano de cuidados são a criação e ampliação de uma rede comunitária de atendimento às pessoas com transtorno mental e a redução do tempo de internação em instituição psiquiátrica.

O afastamento das pessoas com transtorno mental da sua família, até a década de 1980, foi um fato real. Tais indivíduos, ao longo dos anos, tiveram que enfrentar as normas do modelo asilar. A partir daquela década começam a surgir os serviços comunitários de atenção à saúde, que possibilitou uma reaproximação da família com a pessoa de transtorno mental, ação motivada pelo movimento da reforma psiquiátrica. Com essa realidade, novas ideias na área do conhecimento vão surgindo na assistência à saúde mental, principalmente no contexto familiar. A família passa, então, aos cuidados indispensáveis no tratamento e na transformação da assistência psiquiátrica, que amplia a rede de assistência e acolhimento da pessoa com transtornos mentais. (BORBA et al., 2011).

Como já apontamos, um dos objetivos da Reforma Psiquiátrica foi trazer a pessoa com transtorno mental para dentro do contexto familiar, a fim de proporcionar a sua reintegração, recuperação e reinserção na sociedade. Percebemos que houve uma mudança no cuidado do doente mental, a partir do novo paradigma na assistência à saúde mental, através de subsídios para viverem em sociedade (PIMENTA, 2008). Depois da reforma psiquiátrica, a ideia atual é que a família venha para o centro da atenção à saúde, que a mesma entenda que apesar do sofrimento que os transtornos mentais trazem, ela é o principal ponto de referência de cuidado para essas pessoas.

Também Grandi e Waidman (2009) abordam sobre a reforma psiquiátrica e a importância da participação da família no processo terapêutico de reabilitação. Reiteramos então que a inserção da família é um processo inerente à reforma psiquiátrica, a qual visa à reintegração de todos os envolvidos: a família, a sociedade e os profissionais de saúde, para garantir a todos os usuários com transtorno mental dignidade, cidadania e qualidade de vida extramuros, principalmente dos CAPS. A esse respeito está garantido na Lei nº 10.216/01 que a pessoa com transtornos mentais deve “Art. 2º, II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2002, p.15).

Conforme cita Rodrigues e Palma (2015, p. 2), a conscientização da família é importante,

[...] tanto como um auxílio no tratamento, como na idealização que esta se torne um agente modificador da sociedade, pois a partir do momento que a família entende o que acontece com o doente mental, torna-se mais fácil enfrentar medos e preconceitos, percebendo que a pessoa não é responsável pela sua condição, pois faz parte de um processo de adoecimento. Há também que se esclarecer que embora limitado, o mesmo pode levar uma vida normal, não precisa ficar isolado, pelo contrário, necessita de apoio familiar e social para ajustar sua condição.

Atualmente, com o novo paradigma da reforma psiquiátrica e com os movimentos sociais na luta por uma sociedade sem hospitais psiquiátricos, de modo geral, que garante direitos às famílias e usuários com transtornos mentais, provocam-se mudanças nas políticas públicas e na cultura de exclusão do doente no convívio social. Camatta e Schneider (2009, p. 4 apud RODRIGUES & PALMA, 2015, p. 17), consideram

A inserção da família em CAPS pode ser efetivada por meio de diversas estratégias, tais como atendimento individual, grupo de família, busca ativa, visita domiciliar e

oficinas terapêuticas, pois, esse convívio e parceria, oportuniza o surgimento do vínculo entre equipe e família para a construção de caminhos menos sofridos e estigmatizados da vivência do sofrimento psíquico. Por meio de simples estratégias junto aos familiares seria possível promover uma escuta qualificada das suas necessidades e dificuldades, e ao mesmo tempo, possibilitaria o manejo, pela equipe, de determinadas situações em que os serviços comunitários de saúde mental enfrentam cotidianamente.

Segundo Kantorski (2008), a nova concepção da Reforma Psiquiátrica, aponta a família como um papel importante na recuperação e inclusão das pessoas com transtorno mental. Por isso, é fundamental conhecer o relacionamento familiar e as pessoas com transtornos mentais. Também para Waidman (2011), nesse novo modelo de assistência à pessoa com transtorno mental, o comprometimento e acompanhamento são essenciais para que a desinstitucionalização tenha êxito, pois quando o indivíduo retorna ao seu espaço familiar, ele passa a maior parte do tempo com a família.

A recuperação psicossocial do indivíduo portador de transtorno mental, segundo o que o entendimento da reforma psiquiátrica, depende dos serviços de assistência psiquiátrica, os quais devem integrar a família do paciente.

Faz-se necessário, portanto, conhecer como está se processando cotidianamente a produção desse cuidado para que os técnicos em saúde mental possam auxiliar tais famílias. O cuidado necessita sair da esfera institucional para abranger a realidade concreta dos familiares (SEVERO, 2007 apud GONÇALVES, 2010, p. 16)

Enfim, o maior desafio da Reforma Psiquiátrica é construir um novo espaço para a “loucura” (BRASIL, 2005). Apesar das mudanças ocorridas na assistência em saúde mental, percebe-se ainda um distanciamento entre teoria e prática, no que diz respeito à realidade da assistência à saúde mental, em especial, o cuidado a família dos indivíduos com transtornos mentais, no país.

A Reforma Psiquiátrica buscou, e ainda busca, instituir o papel da família como parte responsável no tratamento do portador de transtorno mental. Mas, ao mesmo tempo, temos que atentar para que, a partir do momento em que conseguimos a família como parceira no tratamento, que esta seja responsável pela parte que lhe cabe, temos que cuidar para que não fique fadada ao instituído, esquecida, sem suporte e repetindo práticas já fixadas e que não deram certo (PIMENTA, 2008, p. 60)

É inegável que todo cuidador de pessoas com transtornos mentais enfrenta muitas dificuldades cotidianamente. Por isso, é imprescindível o suporte das equipes profissionais de saúde, a fim de otimizar esses cuidados.

Para Grandi e Waidmann (2011 apud RODRIGUES, 2015, p. 16),

A família ficou, durante muito tempo, à margem do tratamento, criando assim, sua própria forma de cuidar do doente mental. Neste sentido, a família é tida então como fundamental na manutenção da pessoa com transtorno mental fora da instituição psiquiátrica, mas para isso é necessário que os profissionais dêem auxílio para ela suportar as dificuldades encontradas no dia-a-dia.

Para que a família faça parte do tratamento do sujeito acometido de transtornos mentais ela precisa também de cuidados e acompanhamentos, ou seja, a família ou cuidador são ferramentas importantes no processo de reabilitação e inclusão dos indivíduos e, por isso, merecem especial atenção.

A seguir, no capítulo II, discutiremos o que as pesquisas apontam em relação às dificuldades enfrentadas pelas famílias como ferramenta integrante do tratamento dos portadores de transtorno mental.

CAPÍTULO II

Principais dificuldades enfrentadas pelas famílias de pessoas com Transtorno Mental

Este capítulo atende ao objetivo específico de analisar as principais dificuldades enfrentadas pelos familiares de acordo com as pesquisas selecionadas sobre o tema. No levantamento realizado, conforme metodologia definida, selecionamos nove publicações sobre o tema, sendo seis artigos e três dissertações. Do ponto de vista geográfico, esse material apresenta maior concentração na região Sudeste (quatro textos, três dos quais são de São Paulo e um de Minas Gerais). Três deles são de cidades do Sul do país (dois de Curitiba / PR e um do Alto Vale do Itajaí / RS) e dois de cidades do Nordeste (um da Paraíba e outro do Recife / PE).

No processo de categorização dos textos pesquisados, identificaram-se sete tendências em relação a essas dificuldades, exploradas na sequência a seguir. Dentro dessas tendências, pode-se dizer que aparece em comum a impressão de que ter uma pessoa com transtorno mental na família constitui-se em um fardo pesado, sobretudo porque a responsabilidade é colocada em alguém que, em geral, comprova ser a mãe ou uma mulher, por ter “socialmente” o papel de “cuidadora do lar”.

2.1 O descompasso entre o ritmo de vida do paciente e o da família/sociedade

Melman (2001 apud PIMENTA, 2008, p. 64) nos diz que o adoecimento mental de um membro da família representa, em geral, um forte abalo aos familiares, pois, para a maioria das pessoas, a enfermidade significa uma ruptura na trajetória existencial.

A convivência familiar é difícil, tanto para o portador da doença quanto para quem cuida. A ausência de orientação às famílias pode fazer com que apareçam conflitos e descompassos entre o doente e a dinâmica familiar, com prejuízos para o processo terapêutico, conforme sinalizam os vários trechos selecionados nos textos pesquisados que estão listados abaixo:

[...]O descompasso entre o ritmo de vida do paciente e o da família/sociedade aparece nos relatos acompanhado de desânimo, de desesperança frente às possibilidades de reabilitação (PEREIRA; JUNIOR, 2003, p. 95).

[...] A família é levada a mudar rotinas, costumes, valores com aos quais até então estava acostumada a lidar, devido ao rompimento, a outra direção que a realidade, a partir do transtorno, traz. O transtorno mental não traz um rompimento da realidade apenas daquele que sofre o transtorno, mas também da realidade de todos

aqueles que estão ao seu redor. A doença é desestabilização e ameaça à existência. [...] Portanto, vemos que todos os membros da família sofrem com o surgimento do transtorno mental, pois este, abala todo o cotidiano: a atenção que passa obrigatoriamente a ser redobrada, os conflitos em casa, a desorganização do ambiente, as rotinas. Consequentemente, passa a ser necessária uma nova forma de organização familiar para lidar com esses fatores (PIMENTA, 2008, p. 64-66).

[...] Observamos dificuldades de controle e imposição de limites junto ao familiar por causa do transtorno, no entanto, revelam que com o passar do tempo acabam se acostumando com essa situação, mas isto, pela fisionomia da entrevistada causa sofrimento e desesperança. Devido a várias questões, relacionadas à doença, a rotina familiar é alterada, assim como os sentimentos e estrutura familiar (GRANDIN; WANDMAN, 2009, p. 767).

[...] Por fim, percebemos que o surto psicótico de um filho, de um irmão ou de um companheiro, rompe e desorganiza a vida de muitas famílias. O evento representa, de certa forma, o colapso dos esforços, o atestado de incapacidade de cuidar adequadamente do outro, o fracasso de um projeto de vida, o desperdício de muitos anos de investimento e dedicação. A doença mental continua sendo, com frequência, motivo de muita vergonha para os familiares, por mais que a concepção da loucura tenha sofrido mudanças (PIMENTA, 2008, p. 70).

[...] Porém os familiares de portadores de transtornos mentais, a partir do momento que se deparam com esta situação, sofrem uma significativa mudança em suas vidas, tendo que se adaptarem constantemente às novas formas de condução do seu dia-a-dia. Nesse contexto é indispensável identificar a compreensão que as famílias têm a respeito da doença mental e as possíveis formas de cuidado à saúde (FONSECA et al., 2013, p. 8).

[...] Um dos momentos críticos que a família vivencia é o de crise, pois os familiares deste estudo revelam a angústia de não saber o que fazer para que a crise acabe, e a vida volte ao normal. Afinal o momento da crise muda toda uma rotina que é própria da casa. (GRANDIN; WAIDMAN, 2009, p. 767).

Zanus (1993 apud MADEIRA; CUNHA, 2017, p.9) nos ajuda a pensar o agrupamento dessas dificuldades, classificando-as como

[...] encargos objetivos e subjetivos. Os encargos objetivos incluem: tempo utilizado para a assistência, redução das relações sociais e do tempo livre, dificuldade econômica, dificuldade quanto ao trabalho. Quanto aos encargos subjetivos: o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, efeitos psicossomáticos, sentimento de culpa, de vergonha, de desorientação quanto às informações sobre os distúrbios mentais e isolamento social.

Desse modo, constatamos que, para a família, viver nesse contexto é difícil, principalmente devido às dificuldades financeiras que aparecem em várias das passagens acima. Identificamos que a situação financeira influencia parte da assistência ao usuário com transtorno mental e que a convivência, por si só, muitas vezes é frustrante, por ausência de estrutura de quem cuida e lida com seu familiar doente.

2.2 Conflitos no interior do espaço familiar

Intimamente relacionadas com o grupo de dificuldades expresso no item anterior, outras situações de conflito foram detectadas, conforme citadas a seguir:

[...] Estas narrativas sugerem ponteiros de relógios parados no tempo. Essa vivência, em contraste com a continuidade do tempo externo e as solicitações da vida cotidiana, podem gerar conflitos no interior do espaço familiar. [...] O pouco conhecimento sobre a doença mental é trazido pelos sujeitos, como elemento de desavença e de aumento de sobrecarga. (PEREIRA; JUNIOR, 2003, p. 95-97).

[...] O que vemos é que o transtorno mental, na maioria das vezes, é um fator destruturador da família. O espaço familiar passa a ser atingido por conflitos, desavenças, tensões e constantes brigas. Acontece que a família pode não dar conta dessa situação e acaba por se diluir, por se separar. Essa situação provoca outra questão de difícil solução, quando o portador de transtorno mental tem que escolher se quer ficar com uma das partes, o que, por sua vez, acaba gerando outros conflitos. [...] Também é essencial levarmos em consideração que o vínculo dos pacientes, com a família, é geralmente difícil, permeado de problemas e obstáculos. Conviver cotidianamente com pessoas que apresentam transtornos mentais graves, e ainda ter de cuidar delas, impõe uma série de encargos físicos, emocionais, econômicos e sociais (PIMENTA, 2008, p. 65-71).

[...] Destacam-se o gasto financeiro, pois com o doente em casa muitas vezes o orçamento não atende as necessidades previstas. Tantas mudanças ocasionam uma sobrecarga familiar, que engloba o desgaste físico e emocional (SPADINI E SOUZA, 2004 apud SILVA; LIPPI; PINTO, 2008, p. 2).

[...] A doença mental dentro do contexto familiar poderá ser sentida de várias maneiras, destacando-se a insegurança, dependência, sentimento de estar carregando um peso, principalmente quando o doente mental está em crise, como demonstrado na fala a seguir: “Quebrava os objetos da casa, sendo muito difícil de controlar” (SILVA; LIPPI; PINTO, 2008, p. 6).

[...] Para Violeta, a volta de Ipê Amarelo para casa, provocou um cerceamento da liberdade de todos os membros da família, que anteriormente a este fato já assumiam responsabilidades com o provimento de cuidados a sua mãe. [...] É possível identificar uma série de fatores que revelam a falta de condições financeiras e a ausência de preparo da família para lidar com a problemática da doença mental no contexto doméstico (VIEIRA, 2009, p.79-83).

[...] Vários são os estudos acerca do impacto que a família do portador mental sofre sendo citada, segundo Goldman (1982), como os principais a sobrecarga familiar, o estresse emocional e o econômico (MADEIRA, CUNHA, 2017 p. 8).

[...] Segundo Estevam et al. (2011), além, das dificuldades enfrentadas pelo indivíduo a família também enfrenta situações de instabilidade, diante da imprevisibilidade de suas ações, e a convivência com a expectativa de que uma nova crise pode surgir a qualquer momento (FONSECA et al., 2013, p. 8).

[...] A permanência dos sintomas, as falências ou fracassos ligados à vida social do paciente geram frustrações, impotências, angústias, provocando cansaço e isolamento também nos demais membros da família. A rotina no interior do universo familiar torna se repetitiva, nervosa, colocando as pessoas envolvidas em constante contato com sentimentos conflitantes e produtores de tensão (PEREIRA; JUNIOR, 2003, p. 95).

Como observamos nos relatos, a convivência no ambiente familiar onde se encontra o usuário com transtorno mental é conflitante. Vários são os fatores que levam à alteração do convívio familiar, principalmente durante as crises, tendo em vista que o cuidador ou familiar responsável, por despreparo, muitas vezes não sabe lidar com esse momento difícil. Dessa forma, a sobrecarga leva ao adoecimento do próprio cuidador, o sentimento de impotência e culpabilização por não saber agir diante dos fatos.

2.3 Culpa/dificuldades de aceitação da doença

A família, por muito tempo, foi culpabilizada pela sociedade por ter um ente com doença mental em seu meio. Devido a este estigma, a rejeição à patologia e a seus sintomas é repetidamente relatada nos textos de pesquisas realizadas com as famílias das pessoas com transtorno mental, como vemos nas citações:

[...] A dificuldade em reconhecer a doença frente à apresentação dos sintomas aparece nas falas como mais um fator que culpabiliza, aumentando a sobrecarga sentida. [...] O sentimento de culpa em relação ao surgimento da doença foi trazido pelos sujeitos como um fator que os acompanha pela vida, trazendo latente inúmeras interrogações acerca de erros cometidos na criação do/a filho/a, promovendo constante inquérito/ conflito interno na tentativa de entendimento do problema (PEREIRA; JUNIOR, 2003, p. 96).

[...] A família ainda tem muitas dificuldades em aceitar e entender o transtorno mental, talvez pelo fato de não ser uma doença visível e não ter exames específicos para diagnóstico da mesma, ela procura sempre a causa física, buscando se conformar. [...] Essa dificuldade em aceitar a doença, leva a família a carregar por anos a culpa pela patologia do familiar e junto com ela a esperança da cura, sendo essa esperada de várias formas, com a continuidade do tratamento, através da fé religiosa, pela espiritualidade, dentre outras. Por isso, a fé e a esperança são molas propulsoras para familiares de pessoas portadoras de doenças crônicas em geral, e neste caso específico, das pessoas com transtornos mentais (GRANDI; WANDMAN, 2011, p.768-769).

[...] As dificuldades enfrentadas pelas famílias na relação com a realidade do transtorno mental são permeadas pelo descompasso temporal (paciente-família-sociedade), sentimento de culpa (a família não entende onde errou, como não percebeu antes os sintomas), de perda, pela dificuldade de comunicação e interação e pelos conflitos familiares. A não remissão dos sintomas, os fracassos sociais e o comportamento anormal do portador de transtorno mental contribuem para o surgimento de tensões no núcleo familiar, isso altera sua rotina diária [...] O transtorno mental é vivenciado de forma desigual pelos integrantes da família, cada um elabora esse processo de forma diferente. Ele representa para a família, de modo geral, o colapso dos esforços, o atestado da incapacidade de cuidar adequadamente do outro, o fracasso de um projeto de vida, o desperdício de muitos anos de investimento e dedicação (BORBA et al., 2011, p. 447).

[...] Para Soares; Teles; Rosa, (2011) vem sendo delegado à família o papel de cuidador do portador de transtorno mental. Sendo que estes, sem preparação, suporte e conhecimento para a tarefa. Resultando em geração de sobrecarga aos cuidadores por causar-lhes frustração pela não efetivação do processo de independência do

indivíduo. Sendo necessário um enfoque maior em questões de sensibilização e acompanhamento dos cuidadores (FONSECA; DANTAS; ALMEIDA; PEREIRA; SOUSA, 2013, p.8).

Diante do impacto do adoecimento de um membro da família, os sujeitos demonstram viver um processo compulsório de reorganização de suas dinâmicas. Porém, o sentimento de perda permanece trazendo desgaste emocional, aumentando o sofrer psíquico e reduzindo as possibilidades de trocas afetivas que de fato propiciem interlocuções construtivas e pautadas na realidade. Assim, mais ou menos conscientes, as narrativas trazem a dificuldade em lidar com o real e o desejo de não viver a situação. (PEREIRA; JUNIOR, 2003, p.98).

Constatamos que as atitudes das pessoas que cuidam dos usuários de transtorno mental denunciam precárias estruturas de vida. De acordo com Madeira e Cunha (2017, p. 11),

É de suma importância, para uma maior objetividade do tratamento, a união da família na assistência, mas sobretudo que esta seja amparada pelos órgãos públicos pois a mesma precisa ser amparada, cuidada e principalmente orientada quanto as dúvidas e dificuldades enfrentadas.

2.4 Dificuldade em lidar com o real e o desejo de não viver a situação

Em concordância com o item anterior, as dificuldades apontadas a seguir revelam que a presença de uma pessoa com transtorno mental na família envolve frequentemente a rejeição e o desejo de não conviver com ela:

[...] A família ainda tem muitas dificuldades em aceitar e entender o transtorno mental, talvez pelo fato de não ser uma doença visível e não ter exames específicos para diagnóstico da mesma, ela procura sempre a causa física, buscando se conformar. (GRANDI; WAIDMAN, 2011, p. 768).

[...] enquanto sobrevivem as pessoas ligadas por essa relação, mesmo que não seja a relação mais harmônica. Por muitas vezes, esta relação é conflituosa e mantém-se arrastando por toda uma vida a instabilidade emocional (PIMENTA, 2008, p. 60).

[...] Os familiares, por muitas vezes, possuem um comportamento de negação diante dos sintomas do portador de transtorno mental, diante daquilo que aparece como “estranho”, irreal, para a família. (PIMENTA, 2008, p. 62).

[...] Ainda, é preciso considerar que a família vive em determinado contexto e em dado momento de sua trajetória, nos quais suas potencialidades podem estar comprometidas, e ela necessitar ser igualmente cuidada e instrumentalizada para cuidar. Mas é preciso considerar, também, que a família, independente das suas limitações e mesmo sendo instrumentalizada para oferecer cuidado, pode optar por não fazê-lo. (BORBA et al., 2011, p. 446).

[...] Diante do impacto do adoecimento de um membro da família, os sujeitos demonstram viver um processo compulsório de reorganização de suas dinâmicas. Porém, o sentimento de perda permanece trazendo desgaste emocional, aumentando o sofrer psíquico e reduzindo as possibilidades de trocas afetivas que de fato propiciem interlocuções construtivas e pautadas na realidade. Assim, mais ou menos

conscientes, as narrativas trazem a dificuldade em lidar com o real e o desejo de não viver a situação (PEREIRA; JUNIOR, 2003, p. 98).

[...] Os participantes externaram que a família diante do diagnóstico de transtorno mental sente-se, na maioria das vezes, impotente, fragilizada, culpada e pode negar a existência do transtorno. Mostram-se frustradas em relação às suas expectativas quanto ao desenvolvimento do ente que adoeceu e referem que não sabem como ajudar, ao passo que se o problema fosse físico, saberiam lidar melhor com a situação, o que é explicitado nas falas (BORBA et al., 2011, p. 447).

[...] Observa-se que há dificuldade de relacionamento da família com um portador de doença mental, devido muitas vezes, às atitudes agressivas, ausência de afeto, a imprevisibilidade social. O que falta à família é mais um esclarecimento sobre a doença que seu ente querido desenvolveu como lidar com essa situação, para isso se faz necessária a participação da mesma no tratamento. (CALISTA; VASCONCELOS; GONÇALVES; SOARES; SILVA, 2011, p. 8).

[...] De modo geral, observamos que as famílias têm muitas dificuldades e não aderem ao novo sistema de ressocialização do doente, e muitos vêem a hospitalização como um recurso fácil e cômodo, o que pode ser constatado na seguinte fala: "... quando ele está internado a família não tem preocupação" (SILVA; LIPPI; PINTO, 2008, p. 7).

Percebemos que a reintegração das famílias com pessoas com transtorno mental não teve sustentação adequada dentro de uma política de atenção à saúde mental, pois não foram consideradas as condições materiais, emocionais e financeiras para efetivar essa reintegração, conforme já mencionamos. Conforme cita Lino (2006, p. 55), "Os familiares, despreparados para o enfrentamento com a doença mental, acabam se escondendo em seus próprios medos e inseguranças, marcados por um saber que muitas vezes reproduz modelos de pensamentos asilares, caracterizados pela exclusão do indivíduo".

2.5 Falta de manejo em lidar com a sintomatologia decorrente do seu transtorno mental

Constatamos que as famílias apresentam dificuldades na convivência com a pessoa com doença mental, como, por exemplo, a ausência de habilidades no manejo das crises. O CAPS é o serviço que contribuiu na melhoria geral das condições da pessoa com transtorno mental, pois, antes de terem acesso a esses serviços, os usuários costumavam apresentar comportamentos mais agressivos e relacionamentos mais complexos.

Aprender a conviver e lidar com a sintomatologia dos transtornos mentais ainda é um dos grandes desafios das famílias. A ausência de entendimento de como a doença se manifesta ainda intriga, principalmente os mais próximos, como aparecem nas citações:

[...] A maioria das pessoas não sabe como agir quando precisa lidar com comportamentos estranhos e bizarros. Os familiares ficam perdidos, paralisados

quando alguém alucina, perde a razão. Não sabem se se confrontam, brigam ou colocam limites, devem se calar ou fingir aceitar a “realidade” do outro, tão estranha à vida habitual. (PIMENTA, 2008, p.70).

[...] A não remissão dos sintomas, os fracassos sociais e o comportamento anormal do portador de transtorno mental contribuem para o surgimento de tensões no núcleo familiar, isso altera sua rotina diária [...] Os participantes externaram que a família diante do diagnóstico de transtorno mental, sentem-se na maioria das vezes impotentes, fragilizadas, culpadas e podem negar a existência do transtorno. Mostram-se frustradas em relação às suas expectativas quanto ao desenvolvimento do ente que adoeceu e referem que não sabem como ajudar, ao passo que se o problema fosse físico, saberiam lidar melhor com a situação (BORBA et al., 2011, p.447).

[...] O preconceito e o descrédito, além dos efeitos colaterais dos medicamentos. [...] Porém os familiares de portadores de transtornos mentais, a partir do momento que se deparam com esta situação, sofrem uma significativa mudança em suas vidas, tendo que se adaptarem constantemente às novas formas de condução do seu dia a dia. Nesse contexto é indispensável identificar a compreensão que as famílias têm a respeito da doença mental e as possíveis formas de cuidado à saúde. Segundo Estevam et al. (2011), além das dificuldades enfrentadas pelo indivíduo a família também enfrenta situações de instabilidade, diante da imprevisibilidade de suas ações, e a convivência com a expectativa de que uma nova crise pode surgir a qualquer momento. (FONSECA et al., 2013, p. 8).

[...] Analisando as entrevistas, identificou-se através das falas dos sujeitos o quanto é desgastante para a família conviver com o sofrimento psíquico, implicando compreender e lidar com comportamentos não-convencionais como falar sozinho, inversão do ciclo de sono, retraimento social, humor inconstante, descuido com a higiene pessoal, os quais terminam por despertar sentimentos ambíguos, como constatamos na sequência deste estudo [...] É importante inserir as famílias em grupos de familiares nos serviços comunitários de saúde mental, bem como, prestar esclarecimentos sobre o comportamento, a sintomatologia e o tratamento da enfermidade, sobre o uso dos psicofármacos e os efeitos colaterais dos mesmos, realizar visitas domiciliares para conhecer a realidade da família e fazer com que esta não se sinta sozinha. Ao contrário, deve sentir-se segura e capaz de agir de maneira adequada em relação aos sintomas apresentados pelo portador de sofrimento psíquico (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008, p. 03 - 06).

[...] Assim, a nosso ver, é imprescindível orientar os envolvidos no contexto domiciliar decorrente da convivência do portador com o familiar cuidador, no sentido de que ambos saibam enfrentar e gerir a gama de sentimentos gerados neste processo, inclusive para que os demais membros da família a importância de seu apoio ao familiar que sofre com o transtorno mental e possam promover estímulos positivos (WANDMAN; BRISCHILIARI, 2012, p. 155).

Observamos que as dificuldades das pessoas com transtornos mentais no contexto familiar são, muitas vezes, a agressividade (do próprio portador) e a ausência de afeto (da família). O que falta nas famílias é mais esclarecimento sobre a doença de seu ente familiar. Para isso, faz-se necessária a participação da família no tratamento e assistência adequada à mesma. Segundo Borba, Schwartz e Kantoski (2008, p. 06), no atual contexto da assistência psiquiátrica,

A família como espaço privilegiado para a prática do cuidado precisa ser inserida de forma efetiva nas discussões do novo paradigma de assistência em saúde mental, vista como uma facilitadora no processo de reinserção social do portador de transtorno mental. Mais do que uma aliada na efetivação do modelo psicossocial emergente, ela deve ser encarada como foco de intervenção, para que seus anseios sejam acolhidos e sua sobrecarga minimizada.

2.6 Preconceito com a problemática da “loucura” existente na sociedade

Neste estudo, já situamos as transformações na forma de lidar com a loucura que perpassam a relação do serviço de saúde com pessoas com transtornos mentais e a família (Cf. Cap. 1). Notamos que, nesse contexto histórico de reforma psiquiátrica, o usuário de transtorno mental passou de pessoa excluída da sociedade a alguém inserido nesse território, inclusive no seio familiar, o que traz como consequência uma ampliação significativa da função da família como papel de coparticipante do processo de tratar e reabilitar as pessoas com problemas de saúde mental.

[...] Antigamente a família era afastada do tratamento oferecido ao seu familiar devido ao entendimento de que esta apenas o dificultava. Hoje ela deve ser incluída, pelo entendimento de que o portador de transtorno mental necessita de um tratamento digno, e que a participação da mesma é fundamental para sua recuperação. Apesar de toda resistência da mesma não podemos desconsiderar as dificuldades encontradas pela família nessa convivência e na aceitação do sujeito com transtornos mentais, já que antes a sociedade escondia os pacientes atrás de muros manicomialis como se fossem grandes ameaças ao status e à segurança social, daí a importância de se assistir não apenas o doente mental, mas também a família destes pacientes (CALISTA et al., 2011, p.7).

Entretanto, romper esse preconceito não é tarefa simples e isso ainda é sentido pelos familiares como uma das dificuldades na tarefa de assumir os cuidados com os pacientes, conforme atestam os trechos do material pesquisado a seguir:

[...]Um dos maiores obstáculos enfrentados por Rosa ao prover cuidados ao irmão Cravo diz respeito ao preconceito com a problemática da “loucura” existente na sociedade, e que é também internalizado pelos seus familiares, e até pelos próprios profissionais da área de saúde (VIEIRA, 2009, p.75).

[...] Com relação às dificuldades encontradas pelos familiares todos os autores citados relatam o preconceito e a discriminação por parte da sociedade sendo um dos maiores problema, pois, a própria carência de suportes institucionais não permite que as famílias sejam suficientemente amparadas para o enfrentamento do problema e identificam que é muito difícil para os familiares escapar dos efeitos aterradoras da percepção negativa e estigmatizante relacionada à doença mental, pois ela corrói a auto-estima e a autoconfiança das pessoas envolvidas, roubando uma parcela importante de suas potencialidades e das oportunidades de suas vidas.[...]É

importante ressaltar que as famílias estão expostas às sobrecargas emocionais, e mesmo com a Reforma Psiquiátrica, segundo Pimenta (2008), elas são alvos de preconceitos e discriminação. A própria carência de suportes institucionais não permite que as famílias sejam suficientemente amparadas para o enfrentamento do problema. (MADEIRA; CUNHA, 2017, p.9-10).

[...] A angústia relatada pelos entrevistados pode ser relacionada às dificuldades desse cuidador em manter seu familiar portador de doença mental no convívio social. [...] De modo geral, observamos que as famílias têm muitas dificuldades e não aderem ao novo sistema de ressocialização do doente, e muitos vêem a hospitalização como um recurso fácil e cômodo, o que pode ser constatado na seguinte fala: "... quando ele está internado a família não tem preocupação" (SILVA; LIPPI; PINTO, 2008, p.7.)

[...] Com isso, o portador de transtorno mental busca retomar seu curso de sua vida, exercendo sua cidadania, deixando assim de ser desprovido de seus direitos, diferentemente do que acontecia no paradigma anterior. Porém, grande ainda são as dificuldades para a inserção do indivíduo na sociedade. [...], (FONSECA et al., 2013, p.7).

Percebemos que o papel dos CAPS, nesse novo modelo de assistência à saúde mental, tem sido estratégico e que o acompanhamento pelas equipes multidisciplinares tem colaborado de várias formas. O número de crises e internações de usuários tem diminuído e os usuários adquiriram maior independência e inserção no convívio social, embora nem sempre, como vimos, os conflitos em casa tenham se reduzido.

2.7 Dificuldades com o Serviço de Saúde

Por meio dos dados obtidos nesta pesquisa, percebemos que os familiares dos doentes pedem escuta, acolhimento e ajuda para amenizar sua difícil experiência com a pessoa acometida de transtorno mental. Como nem sempre os serviços oferecem esse suporte, aparece como uma dificuldade o acesso dos mesmos aos serviços de saúde, sob diversas formas, nos termos transcritos a seguir:

[...] Quando Cravo recebeu alta do CAPS, Rosa enfrentou uma série de barreiras para dar continuidade ao seu tratamento no ambulatório de psiquiatria da rede de saúde pública. Diante dos fatos, teve que exigir do CAPS a continuação do atendimento com o profissional de psiquiatria e também o fornecimento da medicação para o seu irmão (VIEIRA, 2009, p. 76).

[...] Outra dificuldade que a família encontra no seu cotidiano está relacionada com o serviço de saúde não especializado. Referem que há despreparo por parte da equipe de saúde para atender a pessoa com transtorno mental e sua família [...] Pelo fato de a desinstitucionalização ser uma política que ainda está se estruturando, muitos profissionais e serviços ainda não estão preparados para receberem as famílias e trabalharem de forma adequada com elas. Isto pode ser pela deficiência na formação dos profissionais, ou mesmo pelo preconceito que perdura por muitos anos em

relação a pessoa com transtorno mental, e que mesmo com a reforma psiquiátrica ainda não se rompeu (GRANDI; WANDMAN, 2011, p. 767- 768).

[...] No decorrer da minha trajetória profissional, a necessidade de considerar a família como um grupo que precisa ser atendido, a fim de se sentir mais instrumentalizada para cuidar de seu familiar doente, tem sido uma constante dificuldade. Ao longo desta caminhada, tenho percebido que, frequentemente, a família está distante do seu familiar doente, no sentido de não ser cuidada, e tampouco de participar e se envolver com o cuidado do seu familiar, possivelmente, pelo fato de os profissionais de saúde não reconhecerem sua condição de “ser capaz”. Apesar disso, mantêm o discurso de que é no seio familiar que o portador de transtorno mental tem de estar inserido para a manutenção do cuidado, e também para poder encontrar, no grupo familiar subsídios para manter a vida em sociedade. Também, pude perceber que, muitas vezes, os profissionais de saúde não conseguem ter a sensibilidade e habilidade necessárias, na relação interpessoal com a família do ser portador de doença mental, para atender à sua necessidade de apoio e suporte emocional diante da realidade da doença (PIMENTA, 2008, p. 74-75).

A história do transtorno mental na família é repleta de conflitos, além da sobrecarga que penetra a relação familiar diante do transtorno mental. Lidar com os sintomas da crise, mudança da rotina, sentimentos de estranheza, rejeição, culpa e com todo agravamento que procede do quadro de doença mental (instabilidade emocional), faz com que a família se sinta sem rumo. Diante disso, essa família necessita ser amparada para que possa usufruir melhor qualidade de vida junto ao(s) seu(s) ente(s) com transtornos mentais. Portanto, o papel do serviço de saúde é importante nos cuidados à família, de modo a oferecer os subsídios necessários à família, para que esta possa funcionar como uma ferramenta favorável no tratamento e na inclusão do indivíduo com transtorno mental na sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo nos possibilitou identificar algumas das dificuldades da participação da família no tratamento de usuários dos serviços de Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. Dentre os inúmeros obstáculos, destacam-se: a ausência de preparo da família para lidar com o indivíduo com transtorno mental, o preconceito da sociedade e da própria família e a sobrecarga imposta a esta.

Apesar das mudanças que ocorreram nas diretrizes da assistência em saúde mental, observamos que há muito a se fazer nessa área, para que usuários de transtorno mental sejam aceitos de maneira igualitária na sociedade, e tenham acesso aos direitos que lhes foram subtraídos.

Este estudo nos permitiu conhecer uma série de situações relacionadas à atenção à saúde mental, especificamente na relação com a família, e acreditamos que esses dados podem contribuir para melhorar a qualidade da assistência da família e, por conseguinte, o cotidiano das pessoas com transtornos mentais. Constatamos, por exemplo, que as dificuldades financeiras no ambiente familiar tornam a convivência difícil entre si. Identificamos também que os aspectos socioeconômicos influenciam a falta de preparo dos cuidadores para lidar com seu familiar doente.

Chama a atenção a frequência de dificuldades apresentadas no que se refere à alteração da rotina familiar e aos conflitos nela reproduzidos em função da presença da pessoa com transtorno mental em casa.

Embora nosso foco tenha sido as dificuldades dos familiares, os textos também trazem elementos que mostram que o CAPS é um serviço que contribuiu na recuperação da doença. Por exemplo, menciona-se a diminuição da frequência com que o familiar doente apresentava comportamentos agressivos, o que tornava a situação ainda mais crítica. Outro aspecto encontrado na pesquisa que não mencionamos como dado porque não era nosso objetivo, mas que nesse momento de “considerações finais” avaliamos que precisa ser explicitado, que se refere à algumas estratégias encontradas pelos familiares para aceitação da doença. A busca de conforto espiritual, por exemplo, é uma delas.

Mesmo com as constatadas limitações dos serviços de saúde, que aparecem como uma das dificuldades sentidas pelos familiares, os primeiros passos já foram dados e, conseqüentemente, trouxeram uma maior evolução no quadro clínico de cada usuário, que tem atualmente a oportunidade de viver em sociedade, fazendo valer seus direitos de

cidadão e de pessoa digna de respeito, confiança e aceitação. Por essas e outras razões, acredita-se que a família tem importância ímpar na consolidação da reforma psiquiátrica. O resgate da cidadania da pessoa com transtorno mental implica progressiva mudança de mentalidade e comportamento da sociedade para com esse indivíduo e isso precisa incluir a família como um grupo de socialização decisivo na dinâmica das situações objetivas e subjetivas desses sujeitos.

Partindo da análise dos conteúdos expressos no processo da categorização das dificuldades enfrentadas pelas famílias no seu ambiente familiar, podemos perceber que os cuidados domiciliares em saúde mental, junto à família, representam uma ferramenta importante para as pessoas com transtorno mental.

Constatamos que a participação da família no processo terapêutico das pessoas acometidas de transtornos mentais é fundamental e contribui de forma significativa no tratamento e no quadro clínico da doença. O usuário tende a sentir-se confiante e valorizado de sua reabilitação, quando sente o afeto da participação familiar. A presença da família no cuidado, entretanto, requer que esta seja amparada pelos órgãos públicos, pois a mesma precisa ser cuidada e, principalmente, instruída quanto às dúvidas e dificuldades enfrentadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Trabalho apresentado na primeira Conferência Regional dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília, 2005.

BORBA, Letícia de Oliveira; PAES, Marcio Roberto; GUIMARÃES Andréa Noeremberg; LABRONICI Liliana Maria; MAFTUM Mariluci Alves. **A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar**. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>, acesso em 06 de julho 2017.

BRISCHILIARI, Adriano; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. **O Portador de Transtorno Mental e a vida em Família**. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a20>, acesso em 12 de julho 2017.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/LEIS/_2001/L10216.htm, acesso em 06/07/2017.

BRASIL. Decreto nº. 336/GM de 19 fevereiro de 2002. **Dispõe sobre os tipos de CAPS: em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPS ad II**. Disponível em <http://www.fonosp.org.br/publicar/conteúdo>, acesso em 08/07/2017.

BORBA, Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. **A sobrecarga da Família que convive com a realidade do Transtorno Mental**. 2008. Disponível em <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v21/n4/v21n4a9.pdf>, acesso em 12 de julho 2017.

CALISTA, Andrea Abreu; VASCONCELOS, Ariedney Sâmilla de Souza; GONÇALVES, Chirlaine Cristine; SOARES, Maria Cidney da Silva; SILVA, Geane. **A importância da Família na ressocialização do portador de transtorno mental**. 2011. Disponível em <http://docplayer.com.br/4498169-A-importancia-da-familia-na-ressocializacao-do-portador-de-transtorno-mental.html>, cesso em 12 de julho 2017.

FONSECA, Maria Irlanilde Leite; DANTAS, Adriano Moura de Menezes; ALMEIDA, Elzenir Pereira de Oliveira; PEREIRA, Charlene de Oliveira; SOUSA, Milena Nunes Alves. **Cuidando do paciente com transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família**. 2013. Disponível em <http://fiponline.edu.br/coopex/pdf/cliente=3-2148a4461c53b71f0cd8c3fb5edc5414.pdf>, acesso em 11 de julho 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4º. ed. São Paulo: atlas, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 5. ed. São Paulo: atlas, 2010.

GRANDI, Ana Lúcia; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. **Convivência e rotina da família atendida em CAPS**. 2011. Disponível em <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18321/pdf>, acesso em 11 de julho 2017.

GONÇALVES, Liana Souza Vasconcelos. **A Família e o Portador de Transtorno Mental: Estabelecendo um vínculo para a Reinserção à Sociedade**. 2010. Manhuaçu-Minas Gerais. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2405.pdf>, acesso em 11 de julho 2017.

LINO, Marcia Aparecida. **A convivência de pessoas com transtornos mentais e seus familiares no contexto do domicílio**. São Paulo. 2006. Tese. Disponível em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-17102006-124110/.../Marcia_Lino.pdf, acesso em 06 de julho 2017.

MORENO, Vânia. **Familiares de Portadores de Transtorno Mental: vivenciando o cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial**. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a10v43n3>, acesso em 13 de julho 2017.

MADEIRA, Maria Teresinha; CUNHA, Dário. **As dificuldades e desafios da família envolvida com portador de transtorno mental**. 2017. Disponível em <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Maria-Teresinha-Madeira.pdf>, acesso em 13 de julho 2017.

PIMENTA, Eliane de Souza. **A Relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial: uma perspectiva institucionalista**. Belo Horizonte. 2008. Dissertação. Disponível em http://pucmg.br/documentos/dissertacoes_eliane_souza.pdf, acesso em 06 de julho 2017.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas; JUNIOR, Alfredo Pereira. **Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família**. 2003. Artigo. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/158.pdf>, acesso em 11 de julho 2017.

RODRIGUES, Aline; PALMA, Domingos Luiz. **A influência da inclusão da família no processo terapêutico de pacientes com transtornos mentais atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial em uma cidade do Meio - Oeste Catarinense.** 2015. Disponível em <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/01/Artigo-Aline-Rodrigues1.pdf>, acesso em 12 de julho 2017.

SILVA, Viviane Aparecida; LIPPI, Paulo César Mathias; PINTO, Cristiano José Mendes. **Doença mental: dificuldades enfrentadas pela família e o familiar-cuidador.** 2008. Disponível em <http://www.revistaintellectus.com.br/downloadartigo.ashx?codigo=21>, acesso em 11 de julho 2017.

TENÓRIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde.** Manguinhos/Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>, acesso em 12 de julho 2017.

VIEIRA, Galba Taciana Sarmento. **Família e provimento de cuidado com a pessoa de transtorno mental no contexto da desinstitucionalização.** 2009. Dissertação. Disponível em http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/9407/arquivo330_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y, acesso em 06 de julho 2017.

ZANETTI, Nara dos Santos. **CAPS: dispositivo da complexidade.** 2006. Disponível em http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/caps__dispositivo_da_complexidade.pdf, acesso em 13 de julho 2017.